

Primjena strukturiranih i polistrukturiranih programa u poticanju razvoja djece s autizmom (floortime, son-rise, aba)

Godinić, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:559469>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-05**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Anja Godinić

**PRIMJENA STRUKTURIRANIH I POLUSTRUKTURIRANIH
PROGRAMA U POTICANJU RAZVOJA DJECE S AUTIZMOM
(FLOORTIME, SON-RISE, ABA)**

Završni rad

Čakovec, rujan, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Anja Godinić

**PRIMJENA STRUKTURIRANIH I POLUSTRUKTURIRANIH
PROGRAMA U POTICANJU RAZVOJA DJECE S AUTIZMOM
(FLOORTIME, SON-RISE, ABA)**

Završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Jasna Kudek Mirošević

Sumentor: dr.sc. Zlatko Bukvić, prof. rehab.

Čakovec, rujan, 2020.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Poremećaji iz spektra autizma	1
2.1. Autizam u djetinjstvu.....	3
2.2. Atipični autizam.....	3
2.3. Rettov poremećaj	4
2.4. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu	4
2.5. Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima	5
2.6. Aspergerov poremećaj	6
3. Uzroci autizma.....	7
3.1. Genetski faktori	8
3.2. Psihološki faktori.....	8
3.3. Biološki faktori	9
3.4. Neurološki faktori	9
4. Dijagnostika, terapija i rehabilitacija	9
5. Strukturirani i polustrukturirani programi.....	11
5.1. Floortime pristup.....	11
5.1.1. Razvojne etape djeteta – miljokazi.....	12
5.1.2. Razvojni pristup terapiji	15
5.2. Son-Rise program	16
5.2.1. Kontakt očima i neverbalna komunikacija	17
5.2.2. Verbalna komunikacija.....	18
5.2.3. Raspon interaktivne pažnje.....	19
5.2.4. Prilagodljivost	19
5.3. Primijenjena analiza ponašanja (ABA)	21
5.3.1. Faze učenja.....	22
5.3.2. Suvremena primijenjena analiza ponašanja.....	24
6. Zaključak	25
Literatura.....	27

Sažetak

Autistični poremećaj, kojeg je prvi opisao Leo Kanner, razvojni je poremećaj koji se manifestira prije treće godine djetetova života te ga obilježavaju teškoće u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji, ograničene aktivnosti i interesi te stereotipija. Svako dijete s autizmom je jedinstveno te pojedina djeca pokazuju iznimne sposobnosti za određeno područje (glazba, matematika, likovni...), ali kod dijagnosticiranja postoje navedene zajedničke karakteristike. Unazad nekoliko godina bilježi se značajan porast prevalencije poremećaja iz autističnog spektra, a istraživanja pokazuju da ona iznosi 1:100.

Ukoliko se dovoljno rano djetetu s poremećajem iz spektra autizma pruži dosljedna, sveobuhvatna i intenzivna intervencija koja uključuje primjenu terapijskih programa u obliku individualnog rada s djetetom moguće je ostvariti dovoljnu razinu samostalnosti te socijalne i komunikacijske kompetencije. Neki od tih terapijskih programa opisani su u ovom radu: FloorTime, Son-Rise i ABA.

Takvi programi pomažu djeci s autizmom povećati kvalitetu života, postići što bolju integraciju u školi te daljnje formalno obrazovanje. U svemu tome važan je i potreban stručan rad te uključenost roditelja, odgajatelja, učitelja i terapeuta. Opisani programi pomažu, kako djeci s poremećajem iz spektra autizma, tako i njihovim obiteljima.

Ključne riječi: autizam, FloorTime, ABA, Son-Rise, komunikacija, socijalna interakcija

Summary

Autistic disorder, first described by Leo Kanner, is a developmental disorder that manifests before child's third year and is characterized by difficulties in social communication and social interaction, limited activities, interests and stereotypes. Every child with autism is unique and individual children show exceptional abilities in a certain area (music, mathematics, art...), but when diagnosing usually all characteristics are included to define the disorder. Over the past few years there has been a significant increase in the prevalence of autism spectrum disorders and research shows that it is 1:100.

If a child with autism spectrum disorder is provided with a consistent, comprehensive and intensive intervention early enough, which includes the application of therapeutic programs in the form of individual work with the child, it is possible to achieve a sufficient level of independence in communication and social competence. Some of these therapeutic programs are described in this paper: FloorTime, Son-Rise, and ABA.

Such programs help children with autism to increase their quality of life, achieve better integration in school and further formal education. In all this, the professional work and the involvement of parents, educators, teachers and therapists is important and necessary. The described programs help both children with autism spectrum disorder and their families.

Key words: autism, Floortime, ABA, Son-Rise, communication, social interaction

1. Uvod

Poremećaji iz spektra autizma su razvojni poremećaji koji se očituju u teškoćama socijalne interakcije i komunikacije, kao i postojanja stereotipnog ponašanja, interesa i aktivnosti. S obzirom da klinička slika poremećaja iz autističnog spektra varira u stupnju ozbiljnosti i težini simptoma, smatra se opravdanim govoriti o spektru razvojnih poremećaja.

DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p. 53) navodi sljedeće: “Poremećaj spektra autizma obuhvaća poremećaje koji su ranije nazivani rani infantilni autizam, dječji autizam, Kanerov autizam, visoko-funkcionirajući autizam, atipični autizam, nespecificirani pervazivni razvojni poremećaj, dezintegrativni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu i Aspergerov poremećaj”. Rettov sindrom, koji je uz navedenih bio uvršten u DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), više ne pripada poremećajima iz spektra autizma. Termin spektar upućuje na široku sliku poremećaja, što znači različita manifestacija teškoća kod različitih osoba ovisno o prisustvu intelektualnih ili jezičnih teškoća te genetičkih ili okolinskih čimbenika koji pridonose poremećaju (American Psychiatric Association, 2013).

Moj prvi susret s djecom s teškoćama u razvoju bio je u Centru za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar u Varaždinu, nakon čega sam odlučila volontirati u udruzi Sveta Ana u Loboru. Već tada sam odlučila da će upravo poremećaji iz spektra autizma biti moja tema završnog rada. Kroz ovaj završni rad prikazat ću tri programa za poticanje razvoja kod djece s autizmom – SonRise, ABA i FloorTime.

2. Poremećaji iz spektra autizma

Autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) globalni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života te zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Osnovni simptomi poremećaja su nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima te nedostatak bizarnosti u ponašanju i stereotipije (Bujas Petković, 1995). Poremećaj se naziva infantilni zbog dobi u kojoj se pojavljuju prvi simptomi (rano djetinjstvo, prve tri godine života) dok naziv autizam opisuje dominantan skup simptoma poremećaja

komunikacije (*athos*, grč. sam). Od ostala četiri poremećaja iz spektra autizma, najbližnji samom autizmu po simptomima i uzroku je Aspergerov sindrom. Drugi koji dijele neke od znakova, ali vjerojatno imaju različite uzroke, su Dječji disintegrativni poremećaj i Rettov sindrom (Remschmidt, 2009).

U desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije psihičkih poremećaja (MKB-10) autistični je poremećaj, kao pervazivni poremećaj, definiran na sljedeći način: „Skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti su osnovno funkcionalno obilježje oboljele osobe, ali se razlikuju u izraženosti. U najvećem broju slučajeva prisutan je od najranijeg djetinjstva osebujan razvoj. S malobrojnim iznimkama, nenormalnosti su od pete godine života manifestne. Najčešće su prisutni određeni opći kognitivni deficiti, no poremećaji su definirani ponašanjem koje ne odgovara razini inteligencije osobe, bez obzira na to je li ona odgovarajuća za određenu dob ili ne.“ (Remschmidt, 2009).

Tek početkom 19. stoljeća bili su izolirani pojedini slučajevi vrlo male djece s teškim mentalnim poremećajima koji su uključivali velike promjene u razvoju. Psihijatar H. Maudsley bio je prvi koji je 1867. ozbiljno skrenuo pažnju na ova pitanja. Godine 1943. Kanner je prvi definirao dijagnostičke kriterije za infantilni autizam („...izraziti osnovni patogeni poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su „sama sebi dovoljna“, „žive kao u nekoj školjci“, „najsretnija su kad ih se pusti na miru“, „ponašaju se kao da nitko nije prisutan“, „ne obraćaju pažnju na okruženje“,...). Hans Asperger opisao je 1944. ne znajući za rad Lea Kanner, koji je publiciran godinu dana prije, pod oznakom „autistični psihopati dječje dobi“ četiri slučaja čija je obilježja sažeo u šest točaka: tjelesna obilježja i izražajnost, autistična inteligencija, ponašanje u zajednici, nagoni i čuvstveno ponašanje, genetika, socijalno vrednovanje i tijek (Nikolić i sur., 1992).

U svojoj knjizi „Poremećaji autističnog spektra“, Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) izdvajaju dvije najčešće klasifikacije poremećaja unutar autističnog spektra. To su: Deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih

zdravstvenih stanja (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, IV izdanje (DSM-IV).

MKB-10 Svjetske zdravstvene organizacije kao posebne dijagnostičke kategorije unutar autističnog spektra izdvaja:

- Autizam u djetinjstvu
- Atipični autizam
- Rettov poremećaj
- Drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
- Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima
- Aspergerov poremećaj

2.1. Autizam u djetinjstvu

Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode kako autizam u djetinjstvu karakterizira nenormalno funkcioniranje u socijalnoj interakciji, komunikaciji te ograničeno stereotipno nesvrhovito ponašanje. Pojavljuju se i drugi, nespecifični problemi, a to su poremećaj spavanja, agresija, fobije, autoagresija, poremećaji hranjenja, napadaji bijesa. Simptomi se pojavljuju do treće godine života.

2.2. Atipični autizam

Remschmidt (2009) navodi da djeca s atipičnim autizmom pokazuju dijagnostičke kriterije za autizam, ali kasnije – tek nakon treće godine života ili poremećaj ne odgovara svim područjima (tri područja nužna za dijagnozu – oštećenje socijalnih interakcija, komunikacije i ograničeno repetitivno ponašanje) nužnim za dijagnozu. Autor, u skladu s činjenicama u MKB-10, navodi dvije inačice atipičnog autizma:

- autizam s atipičnom dobi obolijevanja – zadovoljeni svi kriteriji za autistični poremećaj, no poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine života

- autizam s tipičnom simptomatikom – simptomi se manifestiraju prije treće godine života, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja što se naročito odnosi na djecu sa značajno sniženom inteligencijom koja pate od razvojnih poremećaja govornog jezika (kod djece s tim poremećajem najčešće se govori o sniženoj inteligenciji s autističnim obilježjima)

2.3. Rettov poremećaj

Austrijski pedijatar i dječji psihijatar Andreas Rett, prema Remschmidt (2009), opisao je 1966. godine Rettov poremećaj kao poremećaj koji se pretežito pojavljuje kod djevojčica te se manifestira između 7. i 24. mjeseca života sa osebujnim obilježjima:

- potpun gubitak svrsishodne uporabe šaka
- potpun ili djelomičan gubitak razvoja jezičnog razumijevanja i izražavanja
- usporenje rasta glave
- osebujni stereotipski pokreti šake

Remschmidt (2009) navodi kako zbog nejasnosti činitelja zbog kojih nastaje poremećaj za sada ne postoji terapija koja bi uklonila njegove uzroke te navodi kako ova bolest napreduje te se (za sada) ne može zaustaviti.

2.4. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu

Prema Remschmidt (2009), najizraženiji simptom dezintegrativnog poremećaja opisao je Theodor Heller 1908. godine te je poznat pod nazivom „Hellerova demencija“ (Hellerov sindrom). Sindrom je poremećaj koji se pojavljuje između druge i četvrte godine života, počinje postupno, a karakterizira ga gubitak, odnosno progresivno oštećenje jezičnog razumijevanja i izražavanja, intelektualnih, socijalnih i komunikacijskih vještina.

Bujas Petković i Frey Škrinjar navode ovaj poremećaj kao težak, ali nasreću rijedak. Simptomi su slični kao kod autizma, no ovu bolest karakterizira razdoblje

evidentno urednog razvoja. Pojavljuje se u akutnoj fazi u obliku konfuzije, povlačenja, hiperaktivnosti i regresije svih psihičkih funkcija u razdoblju od nekoliko mjeseci. Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010), Rutter navodi dva moguća početka bolesti:

- Postupni početak: traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci
- Nagli početak: nastupa u nekoliko dana ili tjedana

Uzroci poremećaja nisu poznati no pretpostavlja se da se radi o moždanom oštećenju. Do takve pretpostavke došlo je zbog promjena na EEG-u bolesnika kao i epileptični napadi koji se pojavljuju kod čak polovice bolesnika. Spominju se i genetski čimbenici, s naglaskom na abnormalnoj produkciji proteina koju može izazvati visoka tjelesna temperatura kod osoba koje za to imaju predispozicije. Liječenje uzroka također nije poznat i ne postoji, no mogu se poduzeti mjere koje će olakšati nošenje s poremećajem i bolesnike štititi od daljnjih oštećenja (pažljivo informiranje svih bliskih osoba bolesnika o poremećaju i njegovu tijeku, tretman lijekovima ako dođe do samoozljeđivanja ili agresivnog ponašanja, postupci bihevioralne terapije za poticanje komunikacije i socijalnog uključivanja). Zbog progresivnog tijeka bolesti, prognoza je uglavnom nepovoljna te terapijskim mjerama za sada nije moguće na nju utjecati (Remschmidt, 2009).

2.5. Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima

Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima poremećaj je nesigurne nozološke valjanosti i opisan je samo u MKB-10, a u DSM-IV se ne spominje. Ta se dijagnoza u praksi rijetko postavlja. Kategorija je određena za djecu s teškim intelektualnim oštećenjem (mentalnom retardacijom) koja kao glavni problem pokazuju hiperaktivnost. Hiperaktivnost se obično nakon adolescentne dobi smiruje. (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 41)

2.6. *Aspergerov poremećaj*

Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) Aspergerov sindrom definiraju kao ozbiljan kronični neurorazvojni poremećaj sa socijalnim deficitima i ograničenim interesima, slično kao i autizam, al dobrim kognitivnim sposobnostima te dobro razvijenim govorom. Navode kako djeca s Aspergerovim poremećajem vještine razvijaju u očekivanom vremenu, imaju uredan psihomotorni razvoj, no veoma su upadljiva i neobična, imaju posebne interese te se tako ističu među vršnjacima. Najvećim deficitom kod djece s ovim poremećajem smatra se socijalna interakcija i motorika.

Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010), kriteriji za postavljanje dijagnoze su, nakon opisa Hansa Aspergera, jasno postavljeni na seminaru o Aspergerovu sindromu u Londonu, 1988. gdje su navedena šest kriterija, od kojih svi moraju biti zastupljeni:

- Naglašene teškoće u ostvarivanju socijalnih interakcija. One se očituju u nemogućnosti realiziranja odnosa ili igre s vršnjacima, nedostatku želje za društvom vršnjaka, socijalno i emocionalno neadekvatno ponašanje. Sve ovo dovodi do osjećaja suvišnosti i socijalne izolacije te emocionalne hladnoće.
- Zanimanje za ograničene i neobične aktivnosti, npr za astronomiju, meteorologiju, itd. Zanimanje za takve aktivnosti uvijek su ekstremne i ponavljaju se na isti način. Dijete svemu prilazi mehanički, bez shvaćanja i inventivnog zaključivanja.
- Učenje je rutinsko i stereotipno, a svakodnevne aktivnosti su skućenije nego u zdrave djece.
- Dijete već u najranijoj dobi pokazuje smetnje jezika i govora. Socijalni govor je oskudan te se govor općenito razvije kasnije u usporedbi s vršnjacima. Većinom je monoton i formom odudara od normalnog; dijete ga ne upotrebljava na primjeren način.
- Problemi u neverbalnoj komunikaciji. Dijete koristi čudne i nespretne geste i mimiku.
- Motoričku nespretnost ima svako dijete s Aspergerovim sindromom te je jedan od bitnijih diferencijalnodijagnostičkih simptoma u odnosu prema infantilnom autizmu.

Šimleša i Ljubešić (2009) navode kako su brojni autori usprkos velikoj sličnosti između Aspergerovog sindroma i visokofunkcionirajućeg autizma, otkrili nekoliko razlikovnih obilježja. Kao jednu od razlika navode kvocijent inteligencije koji kod djece s autizmom varira od značajnog zaostajanja do iznadprosječnog kvocijenta, dok je kvocijent inteligencije djece s Aspergerovim sindromom najmanje prosječan te iznadprosječan. Razlike su uočljive i kod jezičnog i motoričkog razvoja. Djeca s visokofunkcionirajućim autizmom ostvaruju bolje rezultate na testovima motoričke brzine i koordinacije, a djeca s Aspergerovim sindromom bolje su na testovima sličnosti Wechslerove ljestvice inteligencije (WISC-R) kao i na testovima verbalne inteligencije. Autorice navode bolje vještine samozbrinjavanja i akademskog uspjeha kod djece s Aspergerovim sindromom.

Autorice Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) ističu kako prognoza poremećaja ovisi o težini kliničke slike te o intelektualnoj razini. Glede socijalne adaptacije, inteligentnija djeca imaju bolju prognozu. Autorice navode kako odrasle osobe s Aspergerovim sindromom prosječne inteligencije žive i rade uz manje ili veće teškoće, samostalno, no većinom ostaju samci ili žive s roditeljima, dok prema Šimleša i Ljubešić (2009) osobe s Aspergerovim sindromom imaju bolju prognozu te imaju veliku vjerojatnost izrastanja u neovisne ljude koji vrlo često ostvare brakove i osnuju obitelj.

3. Uzroci autizma

Uzroci autističnog poremećaja nisu do danas u potpunosti razjašnjeni. No, većina stručnjaka smatra kako se radi o kombinaciji više uzroka (Nikolić, 2000). Povijesno su se gledano poremećaji iz autističnog spektra objašnjavali teorijom emocionalno hladne majke, nakon toga teorijama koje su naglašavale perceptivne teškoće te teorijama koje su autistični spektar tumačile u području pamćenja. Novije teorije poremećaje iz autističnog spektra tumače kao primarno poremećaje izvršnih funkcija (sposobnosti inhibicije, planiranja, kognitivne fleksibilnosti, samoopažanja) ili kao primarni deficit u teoriji uma koji se definiraju kao sposobnost pripisivanja mentalnih stanja sebi i drugima ili teorijom slabe centralne povezanosti (Šimleša, 2011).

Posljednjih godina sve više prevladavaju gledišta prema kojima su za nastanak autističnog poremećaja odgovorni sljedeći činitelji: utjecaji naslijeđa, moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije, biokemijske osobitosti, poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja, poremećaji emocionalnog razvoja i interakcija navedenih činitelja (Remschmidt, 2009).

Prema navedenome, postoje nekoliko mogućih vrsta faktora koji utječu na razvoj autizma:

3.1. Genetski faktori

Rezultati istraživanja obitelji i blizanaca jednoznačno upućuju na to da postoji značajno povezan broj autističnih poremećaja unutar pojedinih obitelji. Također, u novijim molekularnogenetičkim istraživanjima pronađena su mjesta na pojedinim kromosomima na kojim se nalaze geni koji su vrlo vjerojatno odgovorni za nastanak autističnog poremećaja. U njih se ubrajaju dugi krak 15 kromosoma i dugi krak kromosoma 7. Iz dosadašnjih molekularnogenetičkih istraživanja proizlazi da se autizam prenosi poligenskim nasljeđivanjem (Remschmidt, 2009).

3.2. Psihološki faktori

Postoje brojne teorije kako nastaju autistični poremećaji kod djece. Dvije najpoznatije teorije su: Bettelheimova i Kannerova. Bettelheim tvrdi da je dijete zatvoreno u autističnoj školjci iz koje ne može izaći, jer mu ona pruža obrambeni odgovor na nesvjesnu majčinu mržnju. Autistična djeca se povlače iz svijeta, jer su na grub način odbijena u svojim željama te se prema tome, kako smatra Bettelheim, dijete psihički osiromašuje i postaje „prazna utvrda“. Kanner je opisao autizam kao posljedicu nedostatka komunikacije. On smatra da su majke autistične djece hladne te bitno pridonose razvoju poremećaja. S druge strane, očeve opisuje kao inteligentne, ali bez interesa za ljudske vrijednosti te prema navedenome, dječja usamljenost počinje od početka života (Bujas Petković, 1995).

Kao ostali mogući psihološki uzroci autizma navode se: odvajanje od roditelja, odbacivanje i deprivacija djeteta, nedostatak majke i njezine ljubavi, traume iz djetinjstva ili razni konflikti među roditeljima (Bujas Petković, 1995).

Bruno Bettelheim (1969; prema Bujas Petković, 1995) smatra kako neki autori naglašavaju nedostatak roditeljske pažnje i overprotekciju kao dva od najbitnija činitelja.

3.3. Biološki faktori

Rezultati istraživanja u biokemijskom području pokazuju kako su nađene kvantitativne promjene niza hormona i neurotransmitera (dopamina, adrenalina, noradrenalina) kod autistične djece. Poustka (1998; prema Remschmidt, 2009) je proveo istraživanje u kojem je nađeno da približno 60% djece s autističnim poremećajem ima povećanu razinu serotonina. Također, nađena je povišena razina endorfina, tvari slične opijatima, povezane sa smanjenom osjetljivosti na bol (Remschmidt, 2009).

3.4. Neurološki faktori

Pretpostavke o važnosti centralnog živčanog sustava i poremećajima moždane funkcije kao poremećajima zasnivaju se na brojnim neurološkim promjenama i bolestima. Na osnovi tih nalaza proizlaze brojne teorije da je „autistični deficit“ povezan s funkcionalnim poremećajima lijeve moždane polutke, abnormalnim promjenama moždanog debla, abnormalnom obradnom senzornih podražaja i informacija, abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja, kao i neke hipoteze o nerazvijenosti vermisa malog mozga. Nerazvijenost vermisa malog mozga je povezana s pamćenjem i emocionalnim ponašanjem (Remschmidt, 2009).

4. Dijagnostika, terapija i rehabilitacija

Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djece u različitim situacijama. Pritom se kao osnova uzimaju

dijagnostički kriteriji oba klasifikacijska sustava psihičkih poremećaja MKB-10 (WHO, 1992) i DSM-IV (APA, 1994) koji se danas u svijetu primjenjuju (Remschmidt, 2009).

Istraživanja terapije i rehabilitacije djece i mladeži s autističnim poremećajem pokazala su da su postupci koji su izravni, strukturirani i snažnije usmjereni na ponašanje učinkovitiji od onih koji prepuštaju osobu vlastitom razvoju (Schloper, 1983; prema Remschmidt, 2009). Svaka terapija mora polaziti od individualnog razvoja profila i ciljano, različito od osobe do osobe, u terapiju uključiti različita područja: npr poticanje govornog jezika, ponašanje pri jelu, smanjivanje samoozljeđivanja, socijalno ponašanje, poticanje praktičnih životnih aktivnosti, poticanje ustrajnosti (Remschmidt, 2009). Pritom je u dječjoj dobi uključivanje roditelja i okoline od presudne važnosti. Roditelji bi trebali kod kuće nastaviti važne terapijske korake ili se barem pridržavati principa primijenjenih u terapiji (Siegel, 1996).

Prema DSM-V poremećaji iz autističnog spektra dijele se po stupnju težine teškoća pa prema toj podjeli razlikujemo poremećaje iz autističnog spektra stupnja 1, 2 i 3 te je svakom stupnju pridružena odgovarajuća količina podrške (Dukarić, Ivšac Pavliša i Šimleša, 2014). Stupnjevi poremećaja prikazani su u tablici 1.

Tablica 1

Stupnjevi poremećaja autističnog spektra i odgovarajuće količine podrške

Stupanj poremećaja i količina podrške	Socijalna komunikacija	Restriktivno, repetitivno ponašanje
Stupanj 3 Zahtijeva veoma značajnu potporu	Ozbiljne teškoće verbalnih i neverbalnih socijalnih i komunikacijskih vještina uzrokuju ozbiljne poremećaje u funkcioniranju, veoma ograničenu inicijaciju društvene interakcije i minimalan odgovor na socijalnu inicijativu drugih.	Nefleksibilnost u ponašanju, ekstremno teško prihvatanje promjena ili druga restriktivna/repetitivna ponašanja, koja utječu na funkcioniranje u svim drugim aspektima. Veliki distres/teškoće u mijenjanju fokusa ili aktivnosti.

Stupanj 2 Zahtijeva znatnu potporu	Uočljivi deficiti verbalnih i neverbalnih socijalnih komunikacijskih vještina; socijalno odudaranje čak i kad je prisutna potpora; limitirana inicijacija društvene interakcije; smanjen ili neadekvatan odgovor na iniciranje kontakta od strane drugih.	Nefleksibilnost u ponašanju, poteškoće u prihvaćanju promjena ili druga restriktivna/repetitivna ponašanja, koja se pojavljuju dovoljno često da bi bila očigledna i slučajnom promatraču i koja utječu na funkcioniranje u različitim kontekstima. Distres i/ili teškoće u mijenjanju fokusa ili aktivnosti.
Stupanj 1 Zahtijeva potporu	Bez podrške, deficit u socijalnoj komunikaciji uzrokuje uočljiva odstupanja. Poteškoće u iniciranju socijalne interakcije i jasni primjeri netipičnih ili neuspješnih odgovora u društvenim kontaktima. Može imati smanjeni interes za društvene interakcije.	Nefleksibilnost u ponašanju uzrokuje značajna ometanja u funkcioniranju u jednom ili više konteksta. Poteškoće prilikom promijenjene aktivnosti. Problemi u organiziranju i planiranju otežavaju nezavisnost.

Izvor: Gajić T. (2015). Poremećaji autističnog spektra. Dostupno na: <http://personapsiho.com/wp-content/uploads/2015/03/Gajic-T.-2015.-Poremecaji-autisticnog-spektra.pdf>

5. Strukturirani i polustrukturirani programi

U sljedećim poglavljima prikazana su tri programa, a koji su samo dio dostupnih pristupa, programa i metoda koja se provode u poticanju razvoja kod djece s autizmom.

5.1. Floortime pristup

Utemeljitelj Floortime modela je dr. Stanley Greenspan. On svojim terapijskim modelom pomaže djeci s različitim problemima u emocionalnom razvoju, a od 200 pacijenata više od polovice uspjelo je profunkcionirati u smislu topline, interakcije, verbalnosti dok je ostalih 30 posto ostvarilo značajan napredak (Stacey, 2005).

Floor time je prilika za uključivanje djeteta na svim njegovim funkcionalnim emocionalnim razvojnim razinama u isto vrijeme, do najviše razine za koju je sposobno. Primjerice,

pokušavamo osposobiti dijete da prisustvuje, uđe u odnos i sudjeluje u svrhovitim interakcijama (otvara i zatvara krugove komunikacije); uđe u neprekidan tijek dvosmjernih problemskih interakcija, te koristi riječi i ideje kreativno i logički (ukoliko to umije), sve u isto vrijeme (Greenspan i Lewis, 2004, str. 229).

Osnovna načela Floortimea (Greenspan i Lewis, 2004):

- Slijediti djetetovo vodstvo
- Pridružiti se djetetu na njegovoj razini i osloniti se na njegove prirodne interese
- Otvarati i zatvarati krugove komunikacije
- Stvoriti okruženje za igru
- Proširiti krugove komunikacije
- Povećati raspon djetetova interaktivnog iskustva
- Krojiti interakcije u skladu s djetetovim individualnim posebnostima u slušnoj i vizualno-prostornoj obradi, motoričkom planiranju i nizanju pokreta te senzoričkoj modulaciji
- Istodobno pokušavati mobilizirati šest funkcionalnih emocionalnih razvojnih razina

Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode da kada dijete shvati da ga se ne želi ometati u onome što radi, pustit će da mu se drugi pridruže. Autorice također pišu da je toplo i neposredno ophođenje temelj Floortime programa te da je osnova slijediti djetetove inicijative. Floortime pristup je prema autoricama zasnovan na razvojnoj interaktivnoj metodi prema kojoj se kognitivne vještine temelje na emocijama i odnosu.

5.1.1. Razvojne etape djeteta – miljokazi

Šest temeljnih stupnjeva emocionalnog, socijalnog i intelektualnog razvoja koje Greenspan (2004) naziva miljokazima formiraju razvojnu ljestvicu, a svaki od njih otvara nove sposobnosti koje se razlikuju od onih prethodnih. Svaki od šest miljokaza označava važnu prekretnicu u životu djeteta. Ona djeca koja dobivaju topao odgoj i nemaju razvojnih teškoća svladavaju ih automatski do svoje četvrte ili pete godine, dok djeca s teškoćama trebaju pomoć roditelja i terapeuta. Kod djece s

teškoćama ovladavanje miljokaza traje često nešto dulje nego kod djece bez teškoća. U sljedećim odlomcima biti će opisan svaki miljokaz (Greenspan i Wieder, 2003).

1. miljokaz: samoregulacija i zanimanje za okolinu - dijete uči kako zadržati smirenost i usredotočenost.

Nakon što se dijete rodi, ono odjednom iz svijeta mraka dolazi u svijet svjetla i zvuka, pokreta i dodira te okusa i mirisa. Prvi izazov je regulirati reakcije i zadržati smirenost na sve ove podražaje i informacije. Dijete postupno pronalazi stvari koje mu služe za samosmirivanje (npr. mamino lice, tatin glas, dekica u dodiru s kožom itd) (Greenspan i Weider, 2003).

2. miljokaz: intimnost – ljubav prema svijetu međuljudskih odnosa.

Dijete izdvaja svoje skrbnike ili roditelje kao najvažniji aspekt svojeg okruženja te im to daje do znanja. Ono se smiješi kada su mu roditelji/skrbnici u vidnom polju, gleda ih u oči te tako otkrivaju i produbljuju svoju intimnost i ljubav. Dijete tako uči o odnosima, toplini i ljubavi te da takvi odnosi donose radost, a usvajanje ovog miljokaza učvršćuje motoričke, kognitivne i govorno-jezične vještine. Promatranje okoline, lica, zadržavanje pažnje na njima, prepoznavanje glasova, izvor govora stvara temelj za kasnije sposobnosti kretanja, razmišljanja i govorenja (Greenspan i Weider, 2003).

3. miljokaz: dvosmjerna komunikacija – beba počinje otvarati i zatvarati krugove komunikacije i shvaća da sve što radi ima smisla.

Dijete u ovoj fazi shvaća kako sve što čini može utjecati na drugu osobu te da na taj način vodite dijalog. To je početak komunikacije; kada dijete pruži ruke prema roditelju, roditelj pruža ruku prema njemu; kada se dijete smiješi, roditelj mu uzvraća smješak. Dijete također shvaća da može uzrokovati i druge reakcije (udaranje igračke – igračka stvara zvuk) (Greenspan i Weider, 2003).

4. miljokaz: složena komunikacija – beba uči pokazivati svoje osjećaje gestama.

Dijete uči služiti se gestama kako bi utjecalo na roditelje, ono iskazuje namjere i emocije, a odrasli odgovaraju na njih. Dijete se gestama služi kao rječnikom za izražavanje želja. Umjesto da plače ili se smije, ono uzima majku ili oca za ruku i odvodi ih do onoga što želi. Ljutnju pokazuje guranjem, lupanjem i slično. Po prvi puta postaje osoba koja može aktivno birati što će raditi, znajući da njegove radnje uzrokuju posljedice i rezultate. Tako usvaja temelje emocionalne, kognitivne i motoričke lekcije (Greenspan i Weider, 2003).

5. miljokaz: emocionalne ideje – počeci igre.

Formiranje ideja se po prvi puta razvija u igri. Dijete igračkama plete priče kroz koje eksperimentira raznovrsnim namjerama i željama koje osjeća, imenujući osobe o kojima ovisi, omiljena jela i igračke. Kroz vrijeme, u igri se pojavljuju i dijalози te dijete kroz igru i govor spoznaje da predmeti mogu biti zastupljeni simbolima, a svaki simbol je ideja, apstrakcija konkretnog predmeta, emocije ili radnje koja se tiče njega samoga. Dijete postaje sposobno manipulirati idejama i upotrebljavati ih u zadovoljavanju svojim potreba i želja. Tako je ono učinilo korak na viši stupanj komunikacije i svjesnosti (Greenspan i Weider, 2003).

6. miljokaz: emocionalno razmišljanje – izmišljanje priča.

U ovoj fazi dijete povezuje ideje u logični slijed te igra također postaje logičnija nešto što je bila u prethodnoj fazi. Tako dijete postaje sposobno kroz igru pokazivati širi raspon emocija te sve više i više postaje svjesno sebe i prepoznaje osobine svojeg „ja“. Može također i predvidjeti neka svoja osjećanja i reakcije, počinje shvaćati koncept prostora i vremena, povezivati radnje i osjećaje te ideje u odnosu na prostorno i verbalno rješavanje problemskih situacija. Dijete postaje više verbalno, ali se u izražavanju emocija još uvijek oslanja na geste no mnogo se bolje snalazi u području govora i razumije da je ideje i osjećaje moguće iskazati verbalno.

Djeca ovih 6 miljokaza dosežu u ranoj dobi no nije važno u kojoj točno fazi dijete ovladava svakom vještinom, važnije je da je svaka od njih stvarno savladana jer je svaka prethodna vještina temelj za sljedeću. Kada dijete ovlada svim miljokazima, ono posjeduje bitan temelj za komunikaciju, razmišljanje i emocionalan život, postaje

spodobno za tople i privržene odnose. Govorom može iskazati širok raspon emocija te je sposobno za oporavak od snažnih emocija, razočaranja, promjena bez da izgubi kontrolu (Greenspan i Weider, 2003).

5.1.2. Razvojni pristup terapiji

Razvojni pristup Floortime terapiji sastoji se od tri dijela (Greenspan i Wieder, 2003):

- Roditelji rade Floortime sa svojim djetetom pri čemu stvaraju iskustva koja potiču ovladavanje miljokazima
- Logopedi, okupacioni i fizikalni terapeuti, edukatori i/ili psihoterapeuti koji rade s djetetom putem specijaliziranih metoda, obavješteni su o načelima floor timea u odnosu na rad s njegovim teškoćama i poticanja razvoja
- Roditelji rade na svojim vlastitim reakcijama i stilovima ophođenja u odnosu na različite miljokaze u svrhu povećavanja učestalosti interakcija s djetetom i stvaranja obiteljskih obrazaca koji podupiru emocionalni i intelektualni rast svih članova obitelji

Kada spoznate kako vaše vlastite reakcije utječu na dijete, upotrijebit ćete ta saznanja u floor timeu. U interakcijama i slobodnoj igri tijekom floor timea, pomagat ćete svojem djetetu da izgrađuje društvene, emocionalne i intelektualne vještine.

Floor time je točno ovo: 20- do 30-minutno razdoblje u kojem vi i vaše dijete sjedite na podu, družite se i igrate. Kako razigrane interakcije mogu pomoći vašem djetetu u svladavanju miljokaza? Odgovor se krije u prirodi interakcija. Određeni oblici interakcija s drugim ljudima potiču njihov rast. (Greenspan i Weider, 2003, str. 108)

Kao što možemo zaključiti, pišu Greenspan i Weider (2003), Floortime pristup je sličan običnoj igri no razlika je u tome što mi u njoj imamo razvojnu ulogu, a to je da budemo aktivan sudionik i partner. Ako dijete želi voziti autić, mi vozimo auto zajedno s njim, nudimo mu brži autić ili se pak želimo utrkvati. Svojim sudjelovanjem i pomaganjem u igri pokušavamo stvoriti interakciju. Nekada će to biti lako, dijete će biti spremno i voljno prihvatiti interakciju, ali ponekad to ne ide tako lako, pogotovo u počecima. Dijete s teškoćama u razvoju bori se rukama i nogama da ga nitko ne ometa te ga se pusti na miru. Tada im doslovce moramo stajati na putu i ometati ih,

sve dok ono ne počne predviđati naše inicijative i čak voljeti ih. Kada jednom to uspijemo, moći ćemo proširivati interakcije i razigrano podbadati dijete da zatvara mnoštvo komunikacijskih ciklusa.

5.2. Son-Rise program

Ova metoda, piše Wiliams (2001), naglašava važnost razvijanja odnosa između djeteta i njegovih roditelja, ali i ostalih osoba iz njegova okruženja. Cilj Son-Rise metode je prihvaćanje djeteta onakvim kakav je te ga zatim potaknuti da se dalje razvija i postaje što više interaktivno. Metoda se provodi jedan na jedan u posebno oblikovanoj igraonici između roditelja i djeteta uz pomoć tima volontera.

Wiliams (2001) u svom radu navodi tehnike koje proizlaze iz pristupa američkog psihoterapeuta Brucea Di Marsica, koje su zastupljene u Son-Rise programu. Taj pristup, pod nazivom Option Process, osmišljen je sedamdesetih godina kako bi pomogao ljudima u pozitivnijem prihvaćanju života istraživanjem i izazivanjem njihovih negativnih uvjerenja. Jedan od osnivača Son-Rise programa, Barry Neil Kaufman, također opisuje taj pristup u brojnim svojim knjigama.

Son-Rise je predviđen kao program provođenja vremena s djetetom u trajanju od 40 sati tjedno razvijajući djetetove vještine na četiri područja; kontakt očima i neverbalna komunikacija, duljina interakcije s drugim osobama, verbalna komunikacija i fleksibilnost te u svakom tom području roditelj prati dijete kroz pet stupnjeva razvoja uz pomoć stručnjaka. Na temelju dosadašnjih istraživanja, autori zaključuju kako je u prethodno navedenim područjima jako vidljiv djetetov razvoj (Thompson i Jenkins, 2016).

Barry Neil Kaufman i njegova supruga Samahria su, nakon što je njihovom sinu Raunu dijagnosticiran PSA, oblikovali odgovarajuće tehnike za rad koristeći filozofiju Option Process pristupa koji je nazvan Son-Rise program. Oni su sa svojim sinom provodili te tehnike dvanaest sati dnevno, sedam dana u tjednu u trajanju od tri godine (Kaufman, 1994).

Raun je kasnije završio diplomski studij na Sveučilištu Ivy League te napisao knjigu pod nazivom „Autizam: revolucionarno otkriće“ u kojoj opisuje kako je

pobijedio autizam pomoću programa koji su stvorili njegovi roditelji. On opisuje kako je, nakon što se oporavio od autizma, krenuo u redovnu školu, a prijatelji i učitelji nisu imali pojma o njegovoj bivšoj bolesti. On tvrdi kako se autizam nerijetko pogrešno shvaća kao poremećaj ponašanja iako je riječ o problemu socijalne komunikacije. U knjizi opisuje kako izgleda svijet iz perspektive djeteta s poremećajem iz spektra autizma. Kao osnovna načela Son-Rise programa navodi:

5.2.1. Kontakt očima i neverbalna komunikacija

Osobe s dijagnosticiranim poremećajem iz spektra autizma vrlo vjerojatno imaju poteškoće s kontaktom očima, a koji je osnovni način na koji se ljudi povezuju. Kako bi dijete napredovao u socijalizaciji, vrlo je važno poboljšati kontakt očima. No, umjesto da od djeteta tražimo da nas pogleda kako bi se, primjerice, igrao ili dobio ono što želi, Son-Rise pristup naglasak stavlja na to da nas djeca pogledaju zato što tako žele. Osim kontakta očima, važni su i ostali oblici neverbalne komunikacije: gestikuliranje, prepoznavanje gestikulacije drugih, izrazi lica, prozodija, prepoznavanje modulacije glasa kod drugih te modulacija vlastitog glasa (Kaufman, 2014).

Kaufman (2014) navodi nekoliko strategija za poboljšanje kontakta očima:

- **Izravno zatražite:** „Sviđa mi se kad me pogledaš!“, „Volim se igrati lovice s tobom no umorila sam se, pogledaj me da mogu nastaviti!“
- **Zatražite neizravno:** „S kime razgovaraš? Nisam sigurna jer ne gledaš u mene.“
- **Zauzmite prikladan položaj za kontakt očima:** djetetu olakšajte da vas što češće pogleda sa što manje napora, budite u razini njegovih očiju no ne unosite mu se u lice. Ako se dijete igra na podu, sjednite i vi na pod tako da ne mora dizati glavu kako bi vas pogledao, a ako se dijete zagledalo u nešto spustite se pokraj toga što promatra. Važno je ne unositi se djetetu u lice.
- Kada dijete nešto poželi, **podignite taj predmet do svojih očiju**. To može biti hrana, lopta, igračka... Istodobno možete postaviti pitanje „Da li si to htjela?“, možete jednostavno reći „Evo tvoje lopte!“ ili čak ne morate reći ništa, samo s uzbuđenim izrazom lica podignite predmet do svojih očiju.

- **Pohvalite kontakt očima:** svaki put kada vas dijete pogleda zahvalite mu se ili ga pohvalite.

5.2.2. Verbalna komunikacija

Važno je vjerovati u svoje dijete, umjesto rečenice „On ne može govoriti“ neka to bude „Moje dijete još nije progovorilo“. Kaufman (2014) piše kako je važno da dijete ima dojam kako su riječi koje izgovara vrijedne njegova truda te će način kako roditelj reagira na djetetov govor biti glavni čimbenik u učenju govora. Također, autor navodi pet strategija s kojima će učenje govora djetetu biti privlačnije:

- Budite brzi: kada dijete imenuje neki predmet ili igračku, potrčite do nje, budite brzi i duboko uzbuđeni. Prekinite sav posao koji radite te dajte sve od sebe da biste djetetu što prije donijeli ono što je izgovorio i što želi.
- Pohvalite svaku riječ: pohvalite riječi, dijelove riječi i rečenice, zahvalite se. „Hvala ti što si mi to rekao. Izvoli sada igračku koju si tražio.“
- Zatražite od djeteta da govori: puno roditelja svojoj djeci daju što traže ako dijete to pokaže, vuče ih za rukav ili plaču, pa iako već i sami znate čitati djetetove neverbalne signale, ipak zatražite od djeteta da vam kaže što želi.
- Birajte korisne riječi: neka to budu predmeti koje on želi ili ono što vi možete zabavno napraviti (poškakljati, skakati, stisnuti...). Neka to budu predmeti koje možete odmah pružiti djetetu i radnje koje možete odmah napraviti.
- S vremenom se počnite praviti „da nemate pojma“: tražite sve više objašnjenja tako da dijete mora produžiti rečenicu kako biste ju shvatili. Radite na tome da dijete dodaje po jednu riječ više nego koristi u frazama.

Kaufman (2014) navodi kako je direktor Američkog centra za liječenje autizma, William Hogan, za objašnjenje procesa u kojem radimo na tome da dijete stupnjevito dodaje po jednu riječ u fraze koje koristi, osmislio ideju komunikacijskih ljestvica. Razine tih ljestvica su sljedeće:

- Od plakanja, vrištanja, napadaja bijesa do djelomičnih riječi („lo“ za „lopta“)
- Od djelomičnih od cijelih riječi
- Od cijelih riječi do fraza sastavljenih od nekoliko riječi

- Od fraza s nekoliko riječi do rečenica
- Od rečenica do jednostrukih razmjena (autor ih naziva „petljama“. Petlja se sastoji od jedne roditeljeve izjave ili pitanja na koje dijete odgovori ili obratno)
- Od jednostrukih do višestrukih razmjena
- Od višestrukih razmjena do razgovora

5.2.3. Raspon interaktivne pažnje

Raspon pažnje, govori Kaufman (2014), pokazuje koliko dugo dijete ostaje zaokupljeno nekom aktivnošću, a raspon interaktivne pažnje pokazuje nam koliko dugo traje djetetova pažnja i koliko dugo može ostati zaokupljen nekom interaktivnom aktivnošću s drugom osobom.

Temelj produživanja raspona interaktivne pažnje predstavljaju pridruživanje i motivacija. Što se roditelj više pridružuje djetetu to će dijete manje ponavljati istu radnju ili pokret, a interaktivna razdoblja će biti dulja, ako se pak tome uključi i ono što dijete osobito motivira i zanima, dolazi do razdoblja dulje uključenosti. Neki od načina koji mogu povećati raspon djetetove interaktivne pažnje: uključivanje puno privlačnih stvari (češće uključujte ono što dijete voli i sviđa mu se, npr ako dijete voli da ga zaljuljate, ljuljajte ga što više), vraćanje igri ili aktivnosti više puta (često se dogodi da dijete „odluta“ usred aktivnosti, no iznimno je korisno za dijete da ga navedete na nastavak iste te aktivnosti, npr „Hej, znaš li što? Još nismo završili onu igru! Ti si na redu!“), predlaganjem djetetu da se vrati igri ili aktivnosti – samo jednom (ako dijete nakon jednog poziva da nastavi igru ili aktivnost ne reagira i ne želi ju nastaviti, važno je da ga prestanete pozivati te da mu se pridružite u novoj aktivnosti) (Kaufman, 2014).

5.2.4. Prilagodljivost

Kaufman (2014) u svojoj knjizi prikazuje „Arturovu priču“. Riječ je o dječaku kojeg su roditelji upisali u školu koja primjenjuje model uvježbavanja i obrazovanja djece s autizmom i ostale djece s poteškoćama u komunikaciji. Smatrali su da je ta škola odlična alternativa ABA-i koja je bila po njihovom mišljenju kontraproduktivna

za Artura. U toj školi jedno od glavnih načela bilo je da je djeci s poremećajem iz autističnog spektra potrebna struktura te se sve radilo po točno utvrđenom rasporedu sa čim manje promjena. Djeca su tamo dobro funkcionirala i ustvrdilo se da im takav raspored odgovara te da rjeđe doživljavaju emocionalne ispade. No, kada bi se raspored promijenio, primjerice kada bi bio kod kuće, Artur je počeo vrištati. S roditeljima je igrao mali broj strogo organiziranih igara te je svaki put igra mora biti odigrana na isti način. U okviru početnog Son-Rise programa, roditeljima je objašnjeno te ih se podučilo kako bi mogli poraditi na dječakovo prilagodljivosti koristeći se motivacijom. Nakon nekoliko vremena, bio je vidljiv Arturov napredak u prilagodljivosti. Doprštao je ostalima da sudjeluju u igrama, ali i da predlažu promjene.

Autor navodi kako ljudi u pristupu svojem djetetu najčešće zanemaruju i zaboravljaju prilagodljivost djeteta koja je iznimno bitna kod djece koja imaju s njom poteškoće. Ako dijete nije prilagodljivo, ono će i teže učiti i svladavati izazove koji se stavljeni pred njega, a autor za primjer uzima poteškoće s govorom; dijete u ponedjeljak savršeno jasno izgovori riječ no u utorak nije sposobno učiniti isto. Prilagodljivost podrazumijeva i da dijete igra po našim pravilima (kada se od djeteta nešto zatraži, zapravo se traži da igra po tim pravilima), a to zahtijeva njihovu prilagodljivost i odricanje svoje neovisnosti. Stoga, ako je dijete poprilično neprilagodljivo, ono će teže učiti, čak i ako je sposobno za ono što se od njega traži (Kaufman, 2014).

U svojoj knjizi, Kaufman (2014), daje strategije za razvoj prilagodljivosti:

- Počnite tako što ćete biti iznimno prijateljski raspoloženi
- Objasnite unaprijed
- „Zabunite se“
- Igranje uloga
- Ludirajte se

Također, ne biste trebali pokušavati raditi na djetetovoj prilagodljivosti ako vas dijete ne gleda, ponavlja pokrete, ne reagira i slično, već samo kada je dijete u kontaktu s vama.

5.3. Primijenjena analiza ponašanja (ABA)

Bihevioralni pristup je još od 1960ih prisutan u podučavanju osoba s autizmom. Tada je intervencija bila usmjerena isključivo na izolirana ponašanja (npr. Baer, Peterson i Sherman, 1967; Ferster i Demyer, 1961). Lovaas i njegove kolege prvi su razvili sveobuhvatni program intervencije koji je bio usmjeren na širok spektar vještina i sposobnosti (Lovaas i sur., 1987; McEachin, Smith i Lovaas, 1993). Od tada se područje bihevioralnih intervencija dodatno razvijalo i prilagođavalo osobama s autizmom i njihovim obiteljima te je danas prisutno mnoštvo različitih metoda i tehnika (Luiselli, Hurley, DesNoyers, 2005). (Stošić, 2009, str. 69)

Stošić (2009) navodi kako mnogi stručnjaci koji provode programe za osobe s autizmom i njihove obitelji poistovjećuju primijenjenu analizu ponašanja (ABA) s jednom od njenih najviše strukturiranih tehnika – podučavanjem diskriminativnim nalogima (PDN).

Sedamdesetih i osamdesetih godina koristile su se metode usmjerene na manipuliranje posljedicama ponašanja, a cilj ondašnjeg pristupa podučavanja bio je promijeniti osobu, odnosno njeno ponašanje te je većina intervencija bila usmjerena na posljedice ponašanja. Suvremeni bihevioralni pristup uključuje mijenjanje i prilagođavanje okoline, prilagođavanje jezika, stila interakcije, didaktičkog materijala, manipulaciju sadržaja. Primijenjena analiza ponašanja (ABA) uzima u obzir interakciju između sadržaja i posljedica, točnije, ona uključuje smanjenje ometajućih ponašanja i podučavanje alternativnog ponašanja i novih adaptivnih vještina. Uključuje održavanje prethodno stečenih vještina i znanja, pojačanje upotrebom podrške, generaliziranje ponašanja z jedne situacije u drugu i prilagođavanje uvjeta pod kojima se određena ponašanja pojavljuju i ponavljaju. Kao važna stavka u održavanju i generaliziranju naučenih vještina navodi se uključenost obitelji, odgajatelja, učitelja i zajednice u planiranje i praktičnoj primjeni intervencija (Stošić, 2009).

Metoda rada ABA (Applied Behavior Analysis) primjenjuje se u radu s djecom s poremećajima iz autističnog spektra za razvijanje mnogih kognitivnih, socijalnih i motoričkih vještina. Provodi ju defektolog individualno sa svakim djetetom, pri čemu se svi složeni zadatci strukturiraju u manje koje dijete u koracima rješava. Kada dijete usvoji

zadatak, nagrađuje ga se pa će ono to ponašanje češće i primjenjivati (Rajnović, 2001). (Trnka i Skočić Mihić, 2012, str. 195)

5.3.1. Faze učenja

Ako nam je cilj da dijete nauči imenovati određeni predmet (npr tanjur), jedna jedinica učenja (discrete trial) ima ovakav slijed: dijete sjedi nasuprot terapeuta koji, kada privuče djetetovu pozornost, kaže: „dodaj mi tanjur“ te pruža ruku. Ako dijete ne izvrši zadatak točno, terapeut „daj mi žlicu“, pruža ruku i pokazuje prstom u predmet te tako pruža pojačanje i podršku. Faze učenja svakog cilja jesu uzastopni pokušaji - izolacija, vježbe diskriminacije i nasumična rotacija. U fazi izolacije ponavljamo diskriminativni podražaj nekoliko puta uzastopce te koristimo tu fazu kada uvodimo nove ciljeve. Tek nakon što dijete obavi zadatak u izolaciji i bez podrške, može prijeći na drugu fazu učenja – diskriminaciju, u kojoj imamo najmanje dva ponuđena predmeta koja su usvojena u prvoj fazi. Na stolu se nalazi tanjur i žlica te tražimo od djeteta da nam pokaže jedno od toga, npr žlicu. Nakon što dijete usvoji prepoznavanje predmeta u diskriminaciji, pokaže nam odgovarajući predmet bez podrške, možemo prijeći na sljedeću fazu – nasumičnu rotaciju. U fazi nasumične rotacije djetetu su ponuđena tri predmeta i tražimo od djeteta da nam pokaže jedan od tih predmeta. Kada dijete usvoji vještinu u nasumičnoj rotaciji, možemo reći da je dijete ostvarilo i usvojilo cilj. Kada uvodimo novi cilj, prvo testiramo dijete u zadnjoj fazi (nasumičnoj rotaciji) – uzimamo tri do četiri predmeta te tražimo od njega da nam pokaže onaj koji je novi. Ako dijete nije uspješno u tome, prelazimo u niže faze učenja novog cilja/vještine (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Na početku programa postavljaju se jasni ciljevi i njegov se napredak mjeri prema njima. Ciljevi se postavljaju na osnovi procjene djeteta (Harris i Delmolino, 2002.; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Za svaki cilj/vještinu izrađuje se program s jasnim kriterijima i postupcima te se svaka vještina usvojena u situaciji učenja podučava i u različitim kontekstima, s različitim predmetima i osobama kako bi se osigurala generalizacija naučenog (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Delprato (2001) prema autoricama Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navodi koji programi PDN-om imaju zajedničke karakteristike:

- Visoko strukturiranu okolinu u kojoj se provodi podučavanje
- Ciljana ponašanja rastavljena su na manje dijelove te se podučavaju jedan po jedan
- Terapeut ili druga odrasla osoba inicira serije podučavanja
- Odrasla osoba odabire i prezentira materijal koji se rijetko izmjenjuje unutar jednog zadatka
- Odrasla osoba pruža eksplicitnu podršku za izvođenje točnog odgovora
- Iako funkcionalna, pojačanja nisu neposredno vezana uz ciljano ponašanje ili situaciju podučavanja, dijete dobiva pojačanje samo nakon ispravnog odgovora ili sukcesivne aproksimacije odgovora

Tablica 2

Primjer programa PDN (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 263)

Razdoblje: 1. rujan 2019. – 1. siječanj 2020.
Osobe uključene u provedbu programa: prof. defektolog, logoped
Kratkoročni cilj: <i>Dijete će uparivati 10 identičnih sličica</i>
Metoda Postupak: Podučavanje diskriminativnim nalogima (PDN-om) Nakon naloga „stavi s istim“, dijete će staviti sličicu na njezin par. U početku će se testirati dijete u nasumičnoj rotaciji te ako bude neuspješno prijeći će se na niže faze učenja. Svaki put kad dijete upari sličicu, ono je treba i imenovati. Materijali: parovi sličica Okolina: vrtić Podrška: za početak se treba koristiti fizičkom podrškom, zatim dodirom, pokazivanjem i na kraju ukinuti podršku. Ako djetetu odgovara pozicioniranje, koristi se umjesto bilo koje fizičke podrške te postupno ukida stavljajući sve slike u istu razinu.
Prikupljanje podataka/evaluacija Prikupljanje podataka: svaki dan u protokol seanse Kriterij usvojenosti cilja: test u nasumičnoj rotaciji uspješan i zadnja tri pokušaja uspješna tijekom dva dana Kriterij za promjenu podrške: nakon što dijete uspješno odgovori dva puta uz trenutačnu podršku, promijeniti podršku u manje intruzivnu
Datum uvođenja programa:
Datum usvajanja programa:

5.3.2. Suvremena primijenjena analiza ponašanja

Kao odgovor na nedostatke u visoko strukturiranom podučavanju, bihevioralne intervencije s godinama su se razvijale. Primarni je kontekst podučavanja interakcija s odraslima i vršnjacima u svakodnevnim aktivnostima i situacijama te dnevnim rutinama s naglaskom na iniciranju komunikacije i primjerenoj igri (Ingersoll i Schreibman, 2006.; Prizant i sur., 2003; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010.). Tehnike koje se povezuju s bihevioralnim intervencijama u prirodnom kontekstu vrlo su slične no različiti ih autori različito nazivaju, Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode prema različitim autorima sljedeće nazive:

- **Incidentalno podučavanje** (Hart i Risley, 1968.; McGee i sur., 1983, Charlop-Christy, Carpenter, 2000.; McGee i Daly, 2007.): u ovoj tehnici odrasla osoba čeka da dijete pokaže zanimanje i da želi određeni predmet ili aktivnost, a tek zatim mu pruža podršku da komunicira s više sredstva i daje mu željeni predmet ili radi sa njime određenu, željenu aktivnost
- **Mand podučavanje** (Rogers-Warren i Warren, 1980.): odrasla osoba čeka da dijete pokaže želju za nekim predmetom te mu pruža model za imitaciju ili daje podršku za primjereno zahtijevanje te mu zatim daje taj predmet (npr dijete želi bocu s vodom koja je zatvorena te počne plakati, tada ćemo reći „otvori“ i usmjeriti dijete da nam pruži bocu i otvoriti mu je).
- **Vremenska odgoda** (Halle, Marshall i Spradlin, 1979.): odrasla osoba čeka da dijete pokaže želju za određenim predmetom no prilazi mu s izrazom iščekivanja dajući djetetu do znanja da na neki način treba zatražiti predmet. Nakon određenog vremena, primjerice 10 do 15 sekundi, ako dijete ne pokazuje spremnost za zahtijevanje, odrasla osoba pruža model za imitaciju ili daje određenu podršku za zahtijevanje tog predmeta.
- **Podučavanje u prirodnom miljeu** (Alpert i Kaiser, 1992.; Mancil, Conroy, Haydon, 2009.): prethodnim tehnikama služimo se u ovoj tehnici. Navedene tehnike koriste se najviše za poticanje razvoja verbalne i neverbalne komunikacije te se koriste prirodne, svakodnevne rutine djeteta kako bi se poticalo traženje predmeta ili pomoći. Nakon što se stvori rutina, odrasla osoba

zaustavi se usred rutine i čeka da je dijete samo nastavi, traži, komentira ili zahtijeva određeni predmet ili aktivnost.

- **Podučavanje pivotalnih odgovora** (Koegel i sur., 1989.): neka od pivotalnih ponašanja su motivacija, responzivnost na različite podražaje iz okoline, združena pažnja, simbolička igra itd. U pristupu se ističe: uputa treba biti jasna, odgovarati kontekstu, djetetova pozornost treba biti usmjerena na terapeuta; usvojene ciljeve treba redovito ponavljati i održavati te djetetu treba pružiti višestruke smjernice za odgovor, npr izrazi lica, geste i pokreti, dijete ima važnu ulogu u biranju sredstva i igračaka, pojačanja moraju biti trenutačna i u skladu sa situacijom.

Delprato (2001) prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) ističe sljedeće karakteristike bihevioralnih intervencija u prirodnom okruženju:

- Okolina u kojoj se podučavaju nije strogo strukturirana
- Podučavanje interakcijom djeteta i odrasle osobe
- Dijete inicira seriju podučavanja pokazujući interes za neki predmet ili aktivnost
- Dijete odabire materijale za podučavanje i oni su raznovrsni i često se mijenjaju
- Odrasla osoba pruža eksplicitnu podršku za određeno ponašanje
- Postoji neposredna veza između ciljanog ponašanja i pojačanja
- Dijete dobiva pojačanje i za trud oko točnog odgovora

6. Zaključak

Poremećaj iz spektra autizma javlja se rano u djetinjstvu te se manifestira kao manjak ili potpuni nedostatak socijalne interakcije, oštećene komunikacije, stereotipnim obrascima ponašanja koji su često i ograničeni, specifičnim učenjem, pamćenjem, percepcijom te emocionalnim doživljajem svijeta oko sebe. Kako bi se dijete potaknulo i uključilo u svakodnevne situacije, važno je da se što prije uključi u neki od programa za razvijanje samostalnosti, govora, socijalne interakcije i kompetencije. Neki od tih programa opisani su u ovom završnom radu, a to su Floortime, Son-Rise i ABA. Svi od navedenih programa pokazuju i daju pozitivne

rezultate kod djece s PAS. Svako dijete je individualno te mu se pristupa individualno te na taj način odabiremo kojim programom ćemo mu pristupiti. U svakom programu, veliku važnost ima djetetova obitelj i najuži krug ljudi s kojima se svakodnevno susreće, no veliku ulogu imaju i terapeuti te odgojitelji u predškolskim ustanovama koji svakom djetetu trebaju pristupati na onaj način za koji se smatra da je najpogodniji za njega. Tek kada se svakom djetetu pristupi individualizirano, možemo uočiti napredak u učenju novih ili ponavljanju već naučenih sadržaja. Svaki odgajatelj trebao bi se svakako dodatno educirati u slučaju da se u njegovoj skupini nalazi dijete s poremećajima iz autističnog spektra. Osim roditelja, terapeuta i odgajatelja, ključni čimbenici u inkluziji su i ostali uvjeti kao što su materijali, igre, igračke, prostor, aktivnosti, metode, vizualna i auditivna sredstva koja služe kao podloga za uspješnom ostvarivanju cilja, rezultata te socijalizacije djece s autizmom.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: APA.
- Bujas Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
- Bujas Petković, Z. & Frey Škrinjar, J. (ur.). (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
- Dukarić, M., Ivšac Pavliša, J. & Šimleša, S. (2014). Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom. *Logopedija*, 4(1), 1-9.
- Gajić, T. (2015). *Poremećaji autističnog spektra*. Preuzeto 10.08.2020.: <http://personapsiho.com/wp-content/uploads/2015/03/Gajic-T.-2015.-Poremecaji-autisticnog-spektra.pdf>
- Greenspan, S. I. & Lewis, D. (2004). *Program emocionalnog poticanja govorno-jezičnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.
- Greenspan, S. I. & Wieder, S. (2003). *Dijete s posebnim potrebama: poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja, drugo izdanje*. Lekenik: Ostvarenje.
- Kaufman, B., N. (1994). *Happiness is a choice*. New York: Favcet Columbine.
- Kaufman, R., K. (2014.). *Autism Breakthrough*. New York: St. Martin's Press.
- Nikolić, S. i sur. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta.
- Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete: kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
- Remschmidt, H. (2009). *Autizam-pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child*. New York: Oxford university press.

- Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), 482-498.
- Šimleša, S. (2011). Izvršne funkcije i teorije uma kod osoba s poremećajima iz autističnog spektra. *Psihologijske teme*, 1, 91-114.
- Šimleša, S. & Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12(2), 373-390.
- Thompson, C. & Jenkins, T. (2016). Training Parents to Promote Communication and Social Behavior in Children with Autism: The Son-Rise Program, 4:1
- Trnka, V. & Skočić Mihić, S. (2012). Odgajatelj u radu s djetetom s poremećajima iz autističnog spektra – prikaz slučaja iz perspektive studenta. *Magistra Iadertina*, 7(7), 189 - 202.
- Williams, K. (2001). *The Son-Rise program intervention for autism: An investigation into prerequisites for evaluation and family experience*. PhD

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)